



Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA

**INGRESSO UFCSPA**

Modalidades G4, LB\_PCD e LI\_PCD

Exclusivo para comprovação da condição de pessoa com **Deficiência Intelectual ou Mental**

**A ser preenchido pelo médico**

**Laudo Médico para Comprovação da Condição de Pessoa com Deficiência para Ingresso nos cursos de Graduação da UFCSPA – Deficiência Intelectual ou Mental**

Nome do(a) Candidato(a): \_\_\_\_\_

**Laudo Médico (restrito ao médico)**

Atesto, para fins de **seleção para o ingresso** na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, que o(a) candidato(a) \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, **candidato(a) ao curso de** \_\_\_\_\_, é considerado(a) pessoa com deficiência por apresentar funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas (*assinalar as áreas limitadas*):

( ) comunicação ( ) cuidado pessoal ( ) habilidades sociais ( ) saúde e segurança ( ) lazer ( ) trabalho  
( ) habilidades acadêmicas ( ) utilização dos recursos da comunidade

- A deficiência se manifestou antes dos 18 anos? ( ) sim ( ) não
- Qual a idade de início da deficiência? \_\_\_\_\_ anos
- A inteligência do candidato, aferida pelo teste \_\_\_\_\_, situa-se significativamente abaixo dos parâmetros da normalidade, com Quociente de Inteligência (QI) firmado em \_\_\_\_\_, a partir da avaliação psicológica.

Nome do(a) profissional que realizou a testagem psicométrica: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Nº Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Data da realização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A patologia que deu origem à deficiência está codificada sob a Classificação Internacional de Doenças (CID): \_\_\_\_\_

Declaro estar ciente de que é crime, previsto no Código Penal: “dar o médico, no exercício de sua profissão, atestado falso (art. 302)” ou “fazer uso de qualquer dos papéis falsificados ou alterados (art.304)”

Nome do(a) Médico(a): \_\_\_\_\_

Nº do Registro no Conselho Profissional: \_\_\_\_\_ Estado (UF): \_\_\_\_\_

**Carimbo e Assinatura**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

- Autorizo o compartilhamento das informações contidas neste laudo médico e a divulgação do código da CID com a Comissão de Ingresso

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) candidato(a) ou responsável legal

**(É obrigatória a assinatura física (manuscrita) ou, alternativamente, a assinatura eletrônica realizada exclusivamente por meio da plataforma gov.br.)**